Lane Medical Library

Aus der Poliklinik für Hautkranke des Herrn Professor Dr. Caspary.

Ueber Erythema multiforme und Erythema nodosum.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe,

vorgelegt und öffentlich verteidigt

am Montag den 15. April 1901, mittags 12 Uhr,

von

Ernst Gauer,

prakt. Arzt.

Königsberg i. Pr.

Druck von Hugo Jaeger, Brodbänkenstrasse 26.

1901.

Gedruckt mit Genehmigung der medicin. Facultät der Albertus-Universität zu Königsberg i. Pr.

Referent: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. **Lichtheim**.

Meiner lieben Mutter

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/uebererythemamul0000erns

Die Lehre von dem Erythema multiforme und dem Erythema nodosum ist in neuerer Zeit von vielen Seiten eingehend besprochen. Lange Jahre nach der grundlegenden Aufstellung der Krankheitsbilder durch den Gründer der deutschen Dermatologie, Ferdinand Hebra, galt seine Beschreibung als klassisch; die Krankheitsbilder in allen Zügen als abgeschlossen. In den letzten zehn Jahren sind vielfach andere Anschauungen über die Eigenartigkeit der Dermatosen, über ihre Aetiologie, über ihren Verlauf von hervorragenden Autoren ausgesprochen worden, so dass wohl jeder Einzelfall in den Polikliniken und Kliniken für Dermatologie besonderer Aufmerksamkeit gewürdigt wird.

Von den vielen einschlägigen Beobachtungen aus der hiesigen Poliklinik für Hautkranke hebe ich eine hervor, die für eine der strittigen Fragen von Interesse zu sein scheint.

Am 2. Dezember 1900 stellte sich die 17 jährige Besitzerstochter Ida B. wegen eines seit zwei Tagen bestehenden Ausschlags vor. Die kräftig gebaute, mittelgrosse Patientin litt seit ihrem zweiten Lebensjahr an einer Parese des linken Arms, die wohl Folge essentieller Kinderlähmung gewesen ist, liess sonst keine Abnormitäten in Herz, Lunge, Nieren, wie in ihrer körperlichen Entwickelung erkennen. Nachdem sie vor zwei Tagen sich unwohl gefühlt, hatte sie zugleich

den Ausbruch von Knötchen im Gesicht, seit gestern auch auf dem rechten Arm, seit heute die Eruption grösserer Knoten am rechten Bein und Beginn von ähnlichen am linken Bein gesehen. Die Knötchen des Gesichts und des rechten Arms sind durchschnittlich linsen- bis erbsengross, hellrötlich, stehen teils isoliert, teils in Haufen zusammen. Eine kleine Zahl ist zu Markstückgrösse entwickelt, und diese zeigen alle einen deutlichen Unterschied zwischen dem eingesunkenen lividen Centrum und dem hellroten Rand. Am deutlichsten ist dies an den Knötchen des rechten Handrückens zu sehen, die der Angabe nach erst gestern, später als die Knötchen des Gesichts, aufgeschossen sind. Stellenweise findet sich in der Umgebung der Knötchen, zumal der in Haufen stehenden, ödematöse Anschwellung der Nachbarhaut. Die Knoten des rechten Beins, die besonders an der Vorderfläche des Unterschenkels entwickelt sind, stehen alle isoliert, sind zum Teil kirschen-, zum Teil wallnussgross und ragen alle im Gegensatz zu den oben beschriebenen in das Unterhautbindegewebe hinein. Sie sind teils hell-, teils dunkelrot, zeigen nirgend eine centrale Abflachung, noch eine Farbendifferenz zwischen Mitte und Peripherie. Oedem findet sich nur um die Knöchel und auf dem von Efflorescenzen freien Fussrücken. Temperatur: mittags 1 Uhr 38,5. Pulse 92. Die Kranke fühlt sich abgeschlagen, appetitlos, hat die Nacht schlecht geschlafen. Zunge mässig belegt, Mund und Schlundhöhle frei von Efflorescenzen. Eine Ursache für ihr Leiden vermag die Patientin nicht anzugeben. Sie hat sich bis vor zwei Tagen ganz wohl gefühlt, normalen Appetit und Verdauung gehabt, keinerlei Medikament angewandt und auch ihres Wissens nichts von Nahrungsmitteln zu sich genommen, das ihren Magen belästigt haben könnte. Der Patientin wurde Bettruhe, knappe Kost angeraten, innerlich

salicylsaures Natron gegeben — 3 g pro die —, örtlich, da sie ausser Brennen im Gesicht und auf dem Arm und geringer spontaner, bei Druck zunehmender Schmerzhaftigkeit am Bein nicht zu klagen hatte, Pudern mit Zincum oxydatum und Talcum aa verordnet. Bei den nunmehr folgenden Besuchen in dem Hause der Kranken wurde einmal festgestellt, dass ihre Angaben über ihr früheres Wohlbefinden, das akute Eintreten des Allgemein- und Hautleidens richtig waren, dass keinerlei Arzneimittel eingenommen war. In den nächsten Tagen schossen eine Anzahl neuer Knötchen im Gesicht und auf dem rechten Arm, sehr wenige auf dem linken paretischen Arm auf; nur wenige Knoten traten auf beiden Beinen, einige auch auf dem linken Fussrücken hinzu. Das Fieber hielt sich nur wenige Tage auf der genannten Höhe mit minimaler Erhöhung gegen Abend, schwand dann schnell. Nach acht Tagen war unter (infolge von?) der Darreichung von salicylsaurem Natron das Allgemeinbefinden ein vollkommen gutes, die Knötchen von Gesicht und Armen nahezu geschwunden; die Knoten der Beine abgeflacht, weder spontan noch auf Druck empfindlich, an ihrer Stelle gelbgrüne Verfärbungen vorhanden. Das Oedem um die Knöchel war schon wenige Tage nach Einhalten der Bettruhe verschwunden. Als die Patientin etwa drei Wochen nach Beginn des Leidens sich in der Poliklinik wieder vorstellte, war sie ganz wieder hergestellt, von ihrem Hautleiden keine Spur mehr aufzufinden.

Ich halte es für sicher, dass in dem geschilderten Fall zu gleicher Zeit ein Erythema multiforme exsudativum (Hebra) und ein Erythema nodosum sich entwickelt haben. Das ist zweifellos kein gewöhnlicher Verlauf. Ich gebe darum zunächst eine kurze Schilderung der gewöhnlich isoliert zu beobachtenden Krankheitsbilder.

Das Erythema multiforme exsudativum (Hebra) oder polymorphe (Lewin, Kaposi) beginnt meist gleichzeitig und symmetrisch an den Streckseiten beider Hände und Unterarme, seltener der Füsse und Unterschenkel, bisweilen auch im Gesicht, mit öfter folgendem Ergriffenwerden von Hals, Nacken, Brust, Oberarmen, Oberschenkeln, der Gegend über den Knieen, nur in den seltensten Fällen unter Verschontbleiben der Hand- und Fussrücken und der angrenzenden Partieen. Die frischen Efflorescenzen des E. m. e. bestehen zunächst in kleinen, runden Flecken und Papeln von oberflächlichem Sitz, die von Stecknadelkopf- bis Linsengrösse, normaler oder derber Konsistenz und lebhaft roter, unter dem Fingerdruck erblassender Farbe sind. Wenn diese Papeln, ohne weitere Veränderungen einzugehen, in wenigen Tagen zur Resorption gelangen, haben wir das Bild eines reinen Erythema papulatum vor uns. Meist vergrössern sich jedoch die Papeln, peripher fortschreitend, schnell zu grösseren Scheiben und Ringen. Die centrale ältere Partie dieser Scheiben zeigt sich in wenigen Stunden oft bis zum normalen Hautniveau eingesunken und cyanotisch, während der jüngere periphere Teil einen lebhaft roten erhabenen Saum darstellt. Wir sprechen dann von einem Erythema annullare. Durch weiteres Wachstum und Ineinandergreifen benachbarter Kreise kommt es oft zu grossen, von serpiginösen Linien begrenzten Herden, dem Erythema gyratum oder figuratum. Taucht im Centrum der abgeflachten und zur Kreisform umgewandelten Efflorescenz ein neues Knötchen auf, so haben wir ein Erythema Iris. Ist die Menge des flüssigen Exsudats so gross, dass die Epidermis zu einem Bläschen emporgehoben wird, haben wir ein Erythema vesiculosum, bei grösseren Blasen sprechen wir von Erythema bullosum. Sitzt ein Kranz solcher Bläschen auf den kreisförmigen Wällen, oft in zierlichster Weise angeordnet, manchmal

unter sich zu einem blasigen Wall verschmolzen, manchmal 2—3 concentrische Ringe bildend, so nennt man diese Form des Erythems: Herpes Iris, Herpes circinatus. Cyanose, Oedeme, selbst Hämorrhagieen infolge der Stauung in den venösen Kapillaren werden häufig beobachtet, an den Handrücken kommt es gelegentlich rasch zu einer Verschmelzung der ursprünglich getrennten Efflorescenzen, Schwund des erhabenen, das periphere Fortschreiten markierenden Walles, sodass in wenigen Tagen die Handrücken diffus blaurot cyanotisch verfärbt sind, sich kalt anfühlen und bei Druck unter Verschwinden der Blauröte eine diffuse gelbbraune Pigmentation aufweisen, die auch die Einzeleffloreszenzen zu hinterlassen pflegen. Die Multiformität des Krankheitsbildes kommt nun nicht nur durch das gelegentliche Beobachtetwerden dieser verschiedenen Formen zu verschiedenen Zeiten und an verschiedenen Individuen zu stande, sondern durch das gleichzeitige Vorkommen an demselben Individuum, wobei sich Differenzen von Knötchen, Papeln, Pusteln einerseits, andererseits verschiedene Konfiguration in isolierter oder haufenweiser Papelstellung, in Bildung von Ringen, von Irisformen ergeben. Auch die Schleimhaut des Mundes, Gaumens und Rachens, der weiblichen Genitalien und vor allem die Conjunctiva wird nicht selten befallen, und zwar in der Form circumscripter und confluierender Rötungen mit epithelialer Desquamation, blasiger Abhebung und raschem Uebergang in eitrig belegte Erosionen. Bald ist der Prozess mit einem Schube erledigt, bald verzögern das Befallenwerden des Rumpfes und mehrfache Nachschübe die Heilung; in den seltensten Fällen dauern die Schübe viele Monate, ja selbst Jahre. Meist verläuft der Prozess fieberlos oder doch mit so geringer Temperaturerhöhung, dass sie von der Norm wenig abweicht. In nicht häufigen Fällen ist der Krankheitsverlauf mit

erheblichem Fieber verbunden. Dann sind natürlich auch die subjectiven Beschwerden des Patienten entsprechend gesteigert, während gewohnlich ausser Brennen und Jucken an den erkrankten Hautstellen das Allgemeinbefinden nicht gestört ist. Immer macht ja das Reiben der Kleidungsstücke sowie jede mechanische Irritation bei Patienten, die sich nicht vollständige Ruhe gönnen dürfen, mehr weniger starke Beschwerden und gelegentlich auch entzündliche Reizerscheinungen an der Haut. Inwieweit ernstere Komplikationen an den Gelenken und serösen Häuten die genannten Hauterscheinungen begleiten können, ist sehr strittig und soll nachher besonders besprochen werden.

Beim Erythema nodosum treten in ganz akuter Weise an beiden Unterschenkeln und Fussrücken seltener an den Vorderarmen, Oberschenkeln und Nates erbsen- bis wallnuss- und darüber grosse Knoten auf, die im Unterhautzellgewebe wurzeln und das Hautniveau in flachen, halbkugelförmigen Erhebungen überragen, nicht scharf begrenzt, aber durch ihre derbe Beschaffenheit deutlich palpabel sind, von im Beginn rosenroter bis intensiv lebhaft roter, im Centrum bald blauroter Färbung, die nach wenigen Tagen die sämtlichen Farbenveränderungen sich resorbierender subkutaner Blutextravasate zeigt, also nach der bläulichen eine grüne, gelbe, schliesslich braune Nuance annimmt. Die Knoten sind bei Bewegungen und Druck, oft auch bei völliger Ruhelage schmerzhaft, ihre Zahl ausserordentlich schwankend, bisweilen 15 bis 20 an jeder Extremität, die Peripherie ist leicht ödematös. Innerhalb der ersten 8 bis 14 Tage erscheinen in der Regel neue Knoten, die ihrerseits wieder 8 bis 14 Tage bestehen bleiben und in dieser Zeit die erwähnte Farbenveränderung und die mit dieser einhergehende Rückbildung durchmachen. Ihre Prominenz und Konsistenz

schwindet, ohne eine weitere Veränderung zu hinterlassen; Erweichung und Vereiterung kommen nicht vor. Nur die in der Zunge und der Mund- und Rachenschleimhaut beobachteten Knoten neigen öfters zu einem Ausgang in Ulceration und Necrose. Die Krankheit dehnt sich solchergestalt auf einen Zeitraum von 3 bis 6 Wochen, aber auch noch länger, ausnahmsweise sogar durch Monate aus. Im Gegensatz zu dem gewöhnlich milden, fieberlosen Verlauf des E. m. e. pflegt das E. n. von mehr weniger starker Erhöhung der Temperatur begleitet zu sein. Wie die schon genannte spontane und auf Druck eintretende Schmerzhaftigkeit die Knoten von den Flecken, Knötchen, Bläschen u. s. w. des E. m. e. unterscheidet, so ist auch das Allgemeinbefinden entsprechend dem Fieberzustand ein weniger günstiges. Wohl alle Kranken fühlen sich abgeschlagen, können nur mühsam umhergehen, (wobei gewöhnlich Oedem um die Knöchel einzutreten pflegt); sie pflegen an Appetitlosigkeit und Mangel an Schlaf zu leiden. Nicht ganz selten sind Erkrankungen an Gelenken, an Pleura und Pericardium beobachtet worden; manchmal mit so starkem Hydrops in den Gelenken, dass die Diagnose zunächst auf akuten Gelenkrheumatismus mit sekundärer Beteiligung der Haut gestellt wurde. Doch ist fast immer der Ausgang ein günstiger gewesen, und die Zugehörigkeit der latal verlaufenden Fälle zu dem E. n. von manchen Seiten bestritten worden.

Wenn ich noch hinzufüge, dass in vielen, aber keineswegs allen Fällen bei beiden Erythemen der Eruption mehrtägige Prodrome, vage Allgemeinbeschwerden vorhergehen, dass beide besonders häufig um die Frühjahrs- und Herbstzeit, manchmal in einer Art epidemischer Verbreitung beobachtet werden, dass in seltenen Fällen beide zu gleicher Zeit sich an demselben Individuum entwickeln; dass einzelne

Menschen — nachdem sie einmal ergriffen waren — nach einem halben oder ganzen Jahre ein ähnlich verlaufendes Recidiv erlitten, so glaube ich ein kurzes Bild der gewöhnlichen Symptome gegeben zu haben.

Man könnte glauben, dass die allem Anscheine nach so prägnanten Symptomenkomplexe beider Erytheme leicht zu erkennen und darum schwer mit anderweitigen Dermatosen zu verwechseln seien. Das ist keineswegs der Fall. Die Differential-Diagnostik ist überhaupt in der Dermatologie oft eine überaus schwierige, da die Aehnlichkeit der Hautveränderungen, die ganz verschiedenen Ursachen entstammen, eine täuschend grosse sein kann. Ich erinnere nur an die Aehnlichkeit mancher Fälle von Psoriasis vulgaris mit Eczema squamosum und squamösem Syphilid; an die Unmöglichkeit das eczematoide Anfangsstadium der Mycosis fungoides von vulgärem Eczem zu unterscheiden. Vielleicht nirgend ist die Schwierigkeit der Differentialdiagnose so gross, wie bei der Auseinanderhaltung der überaus mannigfaltigen Erytheme, die den verschiedensten Ursachen entspringen und den verschiedensten Verlauf nehmen können. Ich will es gar nicht versuchen, alle diese Arten activer oder passiver Hauthyperämie hier nebeneinander zu reihen, sondern mich darauf beschränken, die Differentialdiagnose der uns hier beschäftigenden Erytheme von anderweitigen, besonders solchen, die ich in der hiesigen Poliklinik für Hautkranke gesehen habe, in kurzen Zügen niederzuschreiben.

Ein sehr characteristisches Kennzeichen der Knötchen des E. m. e. ist die nicht immer, aber oft nach kurzem Bestande sich einstellende livide Verfärbung des zum normalen Niveau einsinkenden Centrums inmitten des hochroten erhabenen Randes. Es wäre ausserordentlich erwünscht, wenn dieses Symptom ein pathognomonisches wäre, durch dessen Eintreten jede andere Diagnose aus-

geschlossen erschiene. Kaposi sagt dann auch: „Die Erscheinung von disseminierten Flecken, deren grössere unter allen Umständen die centrale blaurote Depression zeigen, ist so auffallend, dass sie gar nicht mit irgend einem andern Krankheitsbilde verwechselt werden kann.“ Ganz im Gegensatz dazu sagt Jarisch: „Das gewiss sehr eigentümliche und beim E. m. e. gewöhnliche Bild der Plaques mit blauem Centrum und zinnoberroter Peripherie wird für die Annahme dieser Erkrankung allein nicht ausschlaggebend sein dürfen, nachdem auf toxische Einwirkungen von aussen oder innen her ganz ähnliche Bilder hervorgerufen werden können, und selbst eine Urticaria ähnliche Formen annehmen kann.“ Ich muss mich nach Beobachtungen, die in der hiesigen Poliklinik gemacht sind, dem Zweifel Jarischs an der ausschlaggebenden Bedeutung der geschilderten Farbenveränderung und Niveaudifferenz anschliessen. Ich führe hier eine solche Beobachtung an, die nicht nur durch das genannte Symptom, sondern auch durch den Beginn auf den Handrücken, durch das akute Einsetzen des Hautausschlags durchaus das Bild eines E. m. e. vortäuschen konnte.

Es handelte sich um einen 22jährigen Mann, der sich mit einem auf Handrücken, Gesicht, Armen und Rumpf lokalisierten Ausschlag vorstellte, der zwei Tage vorher auf den Handrücken begonnen hatte. Es waren meist linsengrosse Flecke, einzelne bis Fünfpfennigstückgross, z. T. eleviert. An vielen der grösseren Flecken war der Rand lebhaftrot erhaben, das Centrum blaurot, eingesunken. Die Conjunctivae bulbi, besonders zwischen den Lidrändern, waren stark injiciert, auf der Schleimhaut der Wangen und des weichen Gaumens fanden sich circumscripte, z. T. geschwellte Flecken. Ueberall leichtes Brennen und Jucken, das auch den Schlaf störte; sonst war das Allgemeinbefinden, Appetit

und Verdauung gut. Temperatur mittags und abends 37,5 bis 37,6. In einigen Tagen schwand der Ausschlag spurlos.

Aber nicht um ein E. m. e. handelte es sich hier, sondern um eine Erythema toxicum ex balsamo Copaivae. den Patient. der an einer doppelseitigen Epididymitis gonorrhoica anderwärts behandelt worden war. bei Rückgang der Nebenhodenentzündung und Fortdauer des Urethralflusses einige Tage lang eingenommen hatte. Somit gehört diese Beobachtung zu der grossen Reihe derjenigen, in denen das Exanthem Folge eingenommener Drogue war; also zu den Arzneiexanthemen.

Kaposi sagt dazu: „Während man früher nur von einzelnen Arzeneien, z. B. Kopaivbalsam. wusste. dass nach ihrem Genuss Erytheme. Roseolen. Urticariaformen auftreten können. hat man in den letzten Jahren solches von vielen Medikamenten kennen gelernt. gleichviel, ob dieselben durch den Verdauungstrakt, per Klysma, oder durch subkutane Injektion, durch Einatmung oder direkten äusserlichen Kontakt mit der Haut einverleibt worden waren. so von Chinin. Opium, Morphium. Chloralhydrat. Chloroform. Terpentin. Digitalis. Antipyrin, Phenacetin. Rheum. Quecksilber. Theer. Jod, Brom, und vielen andern." Jarisch behandelt als die wichtigsten Arzeneiexantheme die Quecksilber-, Jod-. Brom-. Arsenik- und Antipyrinexantheme, und unter diesen finden sich in der That auch am häufigsten Formen, deren Unterscheidung vom E. m. e. nicht leicht ist. So berichtet Jarisch über ein Quecksilberexanthem bei einem 20jährigen Mädchen, welches wegen breiter Kondylome eine Einreibungskur machte. und bei der er etwa 12 Stunden nach der zweiten Einreibung am linken Vorderarm (die erste an den Unterschenkeln hatte keinerlei Nebenwirkung zur Folge) ein dicht gedrängt stehendes. annuläres. den morphologischen

Charakter des E. m. e.-Hebra aufweisendes Erythem an der Beugeseite des linken Vorderarms auftreten sah, während am rechten Vorderarm nur entsprechend dem Ulnarrande einzelne Flecke vorhänden waren. Das Erythem schwand nach eintägigem Bestand und kehrte weder an den Armen, noch an andern Stellen zurück, trotzdem dieselben wiederholt eingerieben wurden. Ferner führt er Fälle von Quecksilberexanthemen an, wie sie von Rosenthal, Mouflier beschrieben worden, die in den Formen des Erythema papulatum und gyratum bis zum Erythema bullosum erschienen. — Erythematöse Ausschläge können ferner nach dem innnerlichen wie äusserlichen Gebrauch von Jod und Joddérivaten auftreten, meist in Form circumscripter oder confluierender, lebhaft roter oder mehr livider oder bräunlicher Flecken, die sich mit Vorliebe im Gesicht, auf der Brust, dem Rücken und den Vorderarmen lokalisieren und nach dem Aussetzen des Medikaments sehr bald schwinden. Letzteres trifft jedoch nicht immer ohne weiteres zu, wie ein in der hiesigen Poliklinik zur Beobachtung gekommener Fall beweist.

Nach einer Atheromexstirpation an der Stirn war ein Jodoformverband angelegt worden. Am nächsten Tage stellte sich der Patient mit einem kleinfleckigen toxischen Erythem vor, das, im Gesicht und auf den Handrücken lokalisiert, dem E. m. e. sehr ähnliche Formationen aufwies. Neben flachen Flecken fanden sich elevierte, allerdings ohne cyanotisches Centrum. Trotz sofortigen Aussetzens des Jodoforms vergingen jedoch noch über 10 Tage, bis das Erythem völlig geschwunden war.

Die Bromerytheme sind meist in diffuser Form auf die unteren Extremitäten beschränkt, in einem Fall von Veiel schmerzhaft und mit Fiebererscheinungen einhergehend; auch einen vom gewöhnlichen E. n. in keiner

Beziehung unterschiedenen Fall glaubt dieser Autor nach Bromkali beobachtet zu haben. — Antipyrinexantheme können, da bei ihnen die Existenz einer regionären Idiosynkrasie von Apolant dadurch erwiesen ist, dass er dieselben Stellen (im Gesicht), welche bei interner Anwendung des Präparats Sitz eines Erythems und Oedems wurden, bei Applikation einer Antipyrinsalbe in gleicher Form erkranken sah, zu Verwechselung mit E. m. e. führen, wenn die loci minoris resistentiae so scharf lokalisiert auf Gesicht oder den Vorderarmen sich finden. — Aus der übergrossen Reihe von Arzneiexanthemen will ich nur eine kleine Gruppe noch anführen, die der Idiosynkrasie gegen kleinste Dosen von Antipyrin ihre Entstehung verdanken und durch ihre Lokalisation auf Handrücken, Vorderarm und Gesicht hier eine Erwähnung verdienen. Mehrfach sind Beobachtungen mitgeteilt, nach denen gerade an den genannten Stellen Flecken-Bläschen-Knötcheneruptionen stattfanden, die durch ihr akutes Auftreten und ihren Standort durchaus an E. m. e. erinnerten, aber zweifellos Folgen des Medikaments waren, wie das schnelle Schwinden nach Aussetzen der Medikation und das Wiederauftreten bei erneutem Gebrauch bewiesen.

Dass ausser den Arzneierythmen noch andere toxische Erytheme zu Verwechselungen mit E. m. e. Anlass geben können, zeigen die zahlreichen Mitteilungen der verschiedenen Autoren über bisher als idiopathisch aufgefasste Erythemformen, z. B. die besonders von Freund publicierten, dem E. m. e. sehr ähnlichen Erytheme infolge intestinaler, also Autointoxikationen. Oder die Erythemformen, welche mit einer ganzen Reihe der differentesten Lokal- und Allgemeinerkrankungen in Beziehung zu stehen scheinen, z. B. die Fälle, welche unter einem dem E. m. e. oder E. n. in morphologischer Beziehung ähnlichen Bilde einer

Syphiliseruption vorausgehen oder nachfolgen können und früher wohl vielfach als idiopathische Erythemformen in den Kasuistiken figuriert haben. So wird von vielen Autoren die Zugehörigkeit einer ganzen Reihe der von Lewin zusammengestellten Erytheme zum E. m. e. und E. n. angezweifelt, weil ein erheblicher Prozentsatz der von ihm beobachteten Fälle luetische Infektion zeigte. Auch die Lewinschen Erytheme infolge Reizung der Harnröhre und die Fingerschen auf bakteritischem Wege zustande gekommen, rechnen eine grosse Anzahl von Autoren wohl mit Recht nicht zu den idiopathischen Erythemformen. Eine Verwechselung einzelner Scheiben des Herpes tonsurans mit E. m. e. ist kaum zu fürchten. Bei den seltenen Formen einer allgemeineren Eruption der Trichophytie ist wohl jedes Mal der Nachweis der ursächlichen Pilze zu führen. Die Pityriasis rosea (Kaposis Herpes tonsurans maculosus und squamosus) dürfte mit ihren gelbroten, bald eine centrale Schuppe, aber sonst keine Weiterbildung zeigenden Flecken kaum jemals die Diagnosenstellung erschweren. Die als Erythema e frigore bezeichnete Perniones form ist so auf die Streckseite der Finger und der Frostwirkung leicht zugängliche Stellen beschränkt, die fast immer eine diffuse Blauröte aufweisen, dass eine wirkliche Verwechselung mit E. m. e. kaum möglich ist. Eine Verwechselung mit Urticara wird, wenn diese die Form der Urticaria anullaris oder rubra gyrosa angenommen hat, schon eher möglich sein, ja, Kaposi erklärt es manchmal für geradezu unmöglich, diese Formen zu unterscheiden. Ebenso schwer sind bisweilen jetzt öfters beobachtete und publizierte, anders zustande gekommene Roseolen von dem E. m. e. zu unterscheiden. Auch sie beginnen meist auf den Handrücken und gehen von da auf Gesicht, Arme und andere Teile über, erinnern auch in anderer Beziehung, so dem Brennen

und Jucken, dem Recidivieren, wenn auch nicht gerade mit Vorliebe im Frühjahr und Herbst, so doch nach monatelangen und längeren Intervallen, sehr an das E. m. e., diese Krankheit war Gärtnern schon früher bekannt, wovon uns die erste, mit dieser Erythemform in der hiesigen Poliklinik zur Beobachtung gekommene Patientin in Kenntnis setzte, die über die Ursache ihrer Erkrankung aus einer Gärtnerzeitung Bescheid wusste. Es handelt sich nämlich bei diesen Roseolen um die Folgewirkung der Primula obconica, indem die Berührung besonders wohl der feinen Härchen an den Stengeln, in ähnlicher Weise wie die Berührung dieser Härchen der Brennnesseln eine örtliche Urticaria erzeugt, bei gewissen empfänglichen Individuen Flecken, Knötchen, Quaddeln, diffuses Oedem an den Handrücken und oft auch im Gesicht hervorruft. Es sind in neuerer Zeit Fälle bekannt geworden, die durch den akuten Eintritt der Hautaffektion, die schon erwähnte Lokalisation und Form, Bildung eingesunkener cyanotischer Centren, während der fortschreitende Rand lebhaft gerötet erschien, sowie ihre längere Persistenz entschieden dem E. m. e. sehr ähnlich verlaufen sind. Derartiger Fälle sind in den letzten Jahren auch an der hiesigen Poliklinik eine kleine Zahl gesehen worden. Das Krankheitsbild war nicht charakteristisch und hätte leicht mit einem Eczem, noch leichter wegen des steten Beginns an den Händen, bald danach auch Befallenwerdens von Vorderarmen und Gesicht mit E. m. e. verwechselt werden können, wenn nicht die häufigen und unregelmässigen Recidive und die schnelle Heilung unter indifferenter Behandlung der verbundenen Hände auf die Ursache hingewiesen hätten. Die Patienten selbst waren, bis auf die vorhin erwähnte erste Kranke dieser Art, ohne Kenntnis der Ursache ihres Leidens und sehr überrascht, in dem ihnen vorgezeigten Exemplar einer Primula obconica

einen Gegenstand ihrer häuslichen Fürsorge und zugleich die Ursache ihrer Erkrankung zu erblicken.

Fragen wir nun, auf welche Zeichen wir die Diagnose des genuinen E. m. e. stützen können. Zunächst müssen wir auszuschalten suchen, was von Hautveränderungen dem Genuss von Arzneimitteln oder einer Autointoxikation zuzuschreiben wäre. Es mag ja vorkommen, dass neben dem Gebrauch von Droguen, neben septischen Prozessen im Darm, vor oder während der Eruption von Syphiliden ein idiopathisches E. m. e. sich entwickelt. Aber einmal ist das im höchsten Grade unwahrscheinlich. Ferner wird zu beachten sein, ob der zu Anfang geschilderte typische Verlauf der hier in Frage stehenden Dermatose mit dem gewöhnlich wochenlangen Aufschiessen von Flecken, Knötchen u. s. w. sich abspielt, ob der Anfang der Hautveränderungen ein symmetrisches Ergriffenwerden der Handrücken zeigt, ob zu gleicher Zeit an verschiedenen Hautstellen verschiedene Stadien des Prozesses sich finden, ob an den grösseren Efflorescenzen ein dunkelblaues Centrum im Niveau der normalen Haut gelegen von dem hellroten elevierten Rand absticht. Ich will auf die mannigfaltigen Varietäten der einzelnen Symptome nicht weiter eingehen, nur das eine noch einmal hervorheben, dass fast jedesmal die ersten Flecken und Knötchen die Handrücken in symmetrischer Weise befallen; dass aber in Ausnahmefällen diese Stellen viel später befallen wurden oder auch frei blieben.

Im ganzen weniger Anlass zu Verwechselungen geben die Bilder des E. n. Die vielfach angeführte Möglichkeit einer Verwechselung mit Contusionen ist kaum zu befürchten. Bekanntlich hat schon Hebra bei der Aufstellung dieses Typus durch das Synonym: Dermatitis contusiformis auf die Aehnlichkeit mit den Folgen circumscripter Hautverletzungen hingewiesen. Aber

einmal wird die umschriebene Form der einzelnen Knoten, ihre gleichmässige, nur durch die Grösse unterschiedene Gestaltung, ferner das begleitende Fieber und Allgemeinleiden vor einer Verwechslung schützen. Dass ein Bromerythem schon eher ähnliche Bilder aufweisen kann, ist schon erwähnt. Ebenso kommen andere sekundäre Formen von E. n.-ähnlichen Affektionen nach Arzneimitteln und toxischen Einflüssen zur Beobachtung. Jedenfalls wird man sich zu vergewissern haben, ob Arzneimittel vorher eingenommen sind oder ein primärer Krankheitsherd im Körper zu eruieren ist. Ferner können Hautgummen in gewissen Phasen Aehnlichkeit mit dem E. n. haben, doch werden sie sich wohl immer durch ihren trägen, fieberlosen Verlauf und durch ihre Tendenz zur Schmelzung und zur Geschwürsbildung unterscheiden lassen. Ausserdem kann das Erythème induré scrofuleux (Bazin) dem E. n. ähnen. Auch hier treten in der Haut der unteren Extremitäten zerstreut indolente bis zu Nussgrösse wachsende Knoten auf, die allerdings meist erst nach längerem Bestehen eine livide Verfärbung der Oberfläche anzunehmen pflegen. Monate bis Jahre lang unverändert bestehen bleiben, während die Knoten des sonst ähnlichen Scrophuloderma fast immer erweichen. Doch können sie auch ähnlich dem E. n. sehr rasch verschwinden, wie Jarisch es bei einem 21jährigen, hochgradig scrophulösen, mit schwerer Conjunctivitis phlyctenulosa und Lupus der Nase behafteten Mädchen beobachtet hat. So dürfte denn der sehr charakteristische Verlauf des E. n. die Diagnose in jedem Falle sichern.

Wenn also die Diagnose beider Erytheme mit Ausschliessung aller ähnlichen Dermatosen stets gestellt werden kann, so muss ich doch eine Frage hier noch erörtern, die von verschiedenen angesehenen Autoren gestellt wird: Ob wir überhaupt berechtigt sind, ein

ein genuines E. m. e. und n. anzunehmen? Oder ob ganz dasselbe Krankheitsbild, ganz derselbe Verlauf durch verschiedenartige Ursachen hervorgerufen sein kann, so dass keine Berechtigung vorliegt, die Fälle unbekannter Genese von den toxisch, septisch, pyämisch entstandenen abzugrenzen.

Während die Ansichten der Autoren über das genuine Vorkommen des E. m. e. vielfach auseinander gehen, sind die meisten über die Selbständigkeit des E. n. einig. Für das, wie eben hervorgehoben, so durchaus feststehende Krankheitsbild des E. m. e. jedoch werden noch heute die verschiedenartigsten Ursachen infektiöser, toxischer, reflektorischer Natur angenommen. Neisser-Jadassohn sagen referierend in ihren „Hautkrankheiten": Manche Autoren wollen die scharfe Abtrennung des E. m., der Purpura und der Urticaria aufgeben und lieber eine Erythemgruppe formieren. Sie stützen sich dabei auf die morphologischen Uebergangsformen, ferner auf das gleichzeitige Vorkommen der verschiedenen Efflorescenzen bei derselben Eruption, schliesslich darauf, dass bei Recidiven bald die eine, bald die andere Eruptionsform sich einstelle". — So fasst Kaposi alle polymorphen Erytheme, auch das E. m. e.-Hebra, zusammen als Symptome wie die Roseolen, und reiht sie unter die entzündlichen Angioneurosen, und diese unter die akuten nicht entzündlichen, nicht kontagiösen Dermatosen ein. Er stellt eine ganze Reihe ätiologischer Momente auf, die eine derartige plötzliche Aenderung in dem Innervationszustande einzelner Gefässbezirke einleiten können. In gewisser Beziehung zum akuten Gelenkrheumatismus liessen: 1. die mit dem Typus von cumulierten, in gewissen Jahreszeiten annuär auftretenden Fälle (wie epidemischer Zoster) eine miasmatisch-infektiöse, bakteritische Ursache vermuten,

2. Die sporadischen Fälle seien zumeist nachweislich oder wahrscheinlich von anomalen Zuständen innerer Organe (vorwiegend der weiblichen Sexualorgane, Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Deviation des Uterus etc.) reflektorisch hervorgerufen, reine Angioneurosen. Zu diesen örtlichen Ursachen wären dann auch nach seiner Ansicht die Lewin'schen Fälle hinzuzurechnen, in denen auf Reizung der Harnröhre durch Erosionen (auch experimentell) das Erythem hervorgerufen wurde, und er fügt aus seiner eigenen Beobachtung einen Herrn an, bei dem durch mehrere Jahre bei jedesmaliger Rekrudeszenz seines chronischen Trippers an beiden Handrücken ein Erythema annulare entstanden sei, ferner seine Beobachtungen über Quecksilbereinwirkung, bei denen das E. durch örtlichen Reiz reflektorisch hervorgerufen worden sei. 3. Könnten manche multiformen Erytheme wohl durch essentielle, mit Entzündung, Eiterung, abnormem Stoffwechsel verbundene Krankheiten innerer Organe (parametritische, perityphlitische abgekapselte Exsudat- und Eiterherde, Tuberkulose, Nephritis) vermittels in die Blutbahn gelangter toxisch wirkender Substanzen, durch Autoinfektion enstanden sein. 4. Dürften andere endlich in einer von Haus aus (konstitutionell) gegebenen Labilität der vasomotorischen Centren begründet sein. Kaposi fügt noch hinzu: „Thatsächlich bieten alle diese Prozesse, Erythema, Roseola, Herpes und Urticaria soviel Uebereinstimmendes dar und kommen in so mannigfachen Uebergangsformen vor, dass es manchmal nur schwer hält, dieselben klinisch strenge auseinanderzuhalten." — In gleicher Weise fasst Besnier das E. m. e. als Ausdruck einer Reizung der vasomotorischen Apparate durch die allerverschiedensten Agentien auf und weist der Konstitution des betreffenden Individuums einen besonderen Einfluss zu, was Prädisposition und Verlauf

der Erkrankung anbetrifft. Das Erythem ist nach Besnier die durch die Individualität bedingte Reaktion des Organismus gegen die mannigfaltigsten Noxen, die in den nervösen Centren, oder im ganzen Gefässbaum den auslösenden Reiz ausüben. Er hält also die Fälle von Reflexerythemen, die auf eine Läsion zurückzuführen sind, für unbestreitbar, betont nur noch stärker als Kaposi in jedem Fall die individuelle Disposition, die nervöse Grundlage, so dass er z. B. von den Erythemen bei bleichsüchtigen Mädchen, vom Uterus aus, annimmt, dass sie gleichzeitig entstehen, aber sich nicht gegenseitig erzeugen, also unter dem Einfluss derselben individuellen Bedingungen hervorgerufen werden. Die meisten multiformen Erytheme sind auch seiner Ansicht nach infektiöser Natur, doch auch dann nur sekundär, z. B. sind für ihn die beim E. m. e. vorkommenden Gelenkschmerzen auf eine Stufe zu stellen mit den auch früher schon bei medikamentösen oder toxischen Erythemen beobachteten, als Pseudorheumatismus bezeichneten, rheumatischen Schmerzen, und das gelegentliche Vorkommen derselben noch vor der Erythemeruption ein Beweis, dass das Erythem nur ein begleitendes, idiosynkrasisches Symptom einer toxischen Allgemeinerkrankung ist. Und auf medikamentöse, toxische, infektiöse, traumatische Reize unbeachteter Natur, die, wenn man suche, häufig zu finden seien, bezieht er überhaupt auch die als idiopathisch bezeichneten multiformen Erytheme. — Eine gewisse einheitlichere Lösung der Angioneurosentheorie hat neuerdings Heller publiziert. Er führt einen Fall an, in dem Patient, um die Konception zu verhüten, vor dem Koitus das Glied in einer 20prozentigen Creolinlösung gebadet hatte, woran sich natürlich Schwellung des Gliedes und Urethritis anschlossen. Acht Tage darauf traten Gelenkschwellungen auf und, als die Eiterung ihren Höhe-

punkt erreicht hatte, symmetrisches E. m. e. Da ein Arzneiexanthem nach seiner Ansicht sofort hätte auftreten müssen, das bestehende, durchaus typische Erythem aber erst auftrat, als die Harnröhreneiterung auf der Höhe stand und bestehen blieb, so lange die profuse Sekretion anhielt und mit dieser abklang, schliesst Heller daraus, dass das Erythem Ausdruck einer Autointoxikation von dem durch den Eiterungsprozess in nicht bekannter Weise, aber jedenfalls nicht durch korpuskuläre, sondern durch toxische Bestandteile veränderten Serum aus gewesen sei. Damit erklären sich für ihn die nach Pferdeserumeinspritzungen bei Diphtherie, Lues (Lewin 1895 96), vor allem aber die bei Tripper, Urethritiden und ihren Recidivierungen, bei Dysmenorrhoe und nach Entbindungen beobachteten und vielfach, besonders von Lewin veröffentlichten Erytheme in einheitlichster Weise. Sie sind, ebenso wie die idiopathischen, deren toxische Aetiologie bei näherem Nachforschen oft genug nachzuweisen ist, seiner Ansicht nach auch toxischer Natur und bedingt durch die Einwirkung des von Verletzungen der Urethral- und Cervikalschleimhaut aus zur Resorption gelangten toxisch reizenden Serums auf die vasomotorischen Teilcentra (daher meist symmetrisch), also angioneurotischer Natur. Und sollte in der That ein selbständiger Infektionserreger für das E. m. e. nachgewiesen werden, so könnte dessen Virus ebenso das Blutserum chemisch verändert haben — Noch viele andere Autoren teilen die Anschauung von der angioneurotischen Natur des E. m. e., so z. B. Schwimmer. Andere, die eine idiopathische Form des E. m. e. annehmen, wie Joseph, rechnen die symptomatischen, durch Autointoxikation oder andere Infektionserreger hervorgerufenen, auch die reflektorisch z. B. von der Urethra her ausgelösten Erytheme mit zu den multiformen Erythemen. Wieder

andere, die das E. m. e. als akute Infektionskrankheit auffassen, rechnen, wie Lesser, die mit schweren Komplikationen oder gar letal verlaufenden Formen nicht zu den multiformen Erythemen, sondern halten dann schwere akute Infektionskrankheiten für das primäre, das Erythem aber rechnen sie zu den symptomatischen Erscheinungen. Polotebnoff sagt direkt, dass die Erytheme keine selbständige Gruppe von Infektionskrankheiten bilden: im Gegenteil stellen sie nur eins der leichtesten, ganz unschuldigen Symptome der verschiedensten typischen und abortiven Formen von Infektionskrankheiten dar.

Allen diesen so vielfach divergierenden Ansichten über das E. m. e., die jedoch darin übereinstimmen, dass sie dem Krankheitsbilde die Einheitlichkeit inbezug auf die Aetiologie absprechen, möchte ich kurz meine eigene gegenüber stellen und zu begründen suchen. Ich halte das E. m. e. für eine genuine Erkrankung infektiösen Ursprungs, wenn auch bis heute weder pathologisch-anatomisch, noch bakteriologisch die Sonderstellung nachgewiesen werden konnte. Auch eine Teilung dieses genuinen E. m. e. in eine idiopathische und symptomatische Form scheint mir nicht möglich zu sein. — Mit Recht verwirft Jarisch so energisch das Zusammenwerfen des E. m. e. mit all diesen sekundären Erythemen und stellt ein selbständiges primäres E. m. e. auf, das er mit Veiel für eine nicht kontagiöse, vielleicht miasmatische Infektionserkrankung hält. Und Düring führt aus: „Wenn Besnier sagt, dass ‚eine und dieselbe Form des Erythems idiopathisch, primär, autogen sein oder ihre pathogenetische Entstehungsbedingung in einem von aussen hinzutretenden toxischen Agens, in einem infektiösen Element haben kann, das sich im Verlaufe einer primären Erkrankung entwickelt hat', so müssen wir dem aufs allerbestimmteste unsere gegenteiligen

Erfahrungen entgegenstellen. Aehneln können sich das idiopathische E. m. mit vielen polymorphen Erythemen in der Form der Läsionen, vielleicht, soweit unsere Kenntnisse hier zu unterscheiden vermögen, in der pathologisch-anatomischen Struktur der Elemente — in allen anderen Faktoren: Ursache, Konstanz der lokalen und allgemeinen Symptome, Verlauf, Dauer, Ablauf, d. h. mit einem Wort in dem ganzen klinischen Bilde sind diese Affektionen grundverschieden.“ Und diese vielfach betonten klinischen Symptome sind auch geeignet, die Auffassung des E. m. e. als Infektionskrankheit zu stützen. Da ist zunächst das gar nicht so seltene, von Düring in 30 pCt. seiner 105 Fälle beobachtete Prodromalstadium beachtenswert, dann vor allem das akute Eintreten und der typische Verlauf der Krankheit, die Häufigkeit des Vorkommens in bestimmten Jahreszeiten und die oft epidemieähnliche Häufung von Fällen, wie sie Düring und Herxheimer z. B. beschrieben haben. Das Wiederbefallenwerden desselben Individuums zu wiederholten Malen spricht nicht gegen die Auffassung des E. m. e. als infektiös-exanthematische Krankheit, da einige Infektionskrankheiten (Diphtherie, Dyssenterie, Typhus, Masern, Scharlach, Variola, wie Polotebnoff, und Erysipel, wie Düring betont) mehrmals recidivieren können.

[Nur gegen die Heller'sche Hypothese einer Toxineinwirkung möchte ich noch anführen, dass sein eigentliches Argument, das späte Auftreten des Exanthems in seinem Falle spreche gegen ein Arzneiexanthem, nicht absolut beweisend ist. In einer kleinen Anzahl von Fällen, so in denen von Traube über Digitaliswirkung, von Eichhorst über Salicylwirkung, ist das zweifellos medikamentös erzeugte Exanthem erst nach einer Reihe von Tagen aufgetreten.]

Ueber das E. n. herrscht unter fast allen Autoren eine ganz erheblich grössere Einigkeit. Fast alle erkennen an, dass es eine durch den akuten Eintritt und typischen Verlauf, seinen Gang durch die Jahreszeiten und Befallen vorwiegend jugendlicher Individuen, bisweilen in epidemischer Ausbreitung, wohl charakterisierte Infektionskrankheit sei. Doch sagt Kaposi, dass die ursächlichen Momente nachweislicher und hypothetischer Art, welche er bezüglich des E. m. e. ausgeführt habe, durchweg auch für das E. n. gelten, und dass wir gänzlich ausser stande seien, auch nur ein solches anzugeben, welches nicht ebenso auch für die andere Eruptionsform Geltung hätte. Nur könnten der grösseren Intensität des örtlichen Prozesses entsprechend in einzelnen Fällen auch intensivere Erkrankungen des Organismus, wie chronische und akute Tuberkulose, Nephritis u. a. als Ursache des auf reflektorischem oder infektiösem Wege entstandenen oder recidivierenden E. n. in Anspruch genommen werden. — Jarisch sagt: „Die Differentialdiagnose wird vor allem die Unterscheidung von den sekundären Formen des E. n. anzustreben haben, und das Festhalten an der obigen Charakteristik wird dieselbe auch, wenigstens in einer grossen Zahl der Fälle, ermöglichen. Alle jene Fälle von knotigen Erythemen, welche im Gefolge von Eiterungen, septischen Prozessen, nach Schlundentzündungen, bei Syphilis etc. zur Beobachtung gelangen, werden vorläufig besser abzusondern sein. Sie unterscheiden sich von der idiopathischen Form, wenn auch nicht immer durch ihre Lokalisation, so doch in der Regel durch ihren Verlauf."

Gegenüber der Differenzierung von Ursachen des E. n. durch die genannten Autoren und andere Gleichdenkende möchte ich nur anführen, dass mir die Eigenart des fraglichen Exanthems und die stete Gleichheit

seiner Ursache unzweifelhaft erscheinen. Es mögen ja ähnliche Hautformen sekundärer Natur hin und wieder vorkommen. Aber die klinischen Erscheinungen des Verlaufs der einzelnen Knoten, ihrer Ausbildung und Rückbildung, ihrer Lokalisation, der damit verbundenen örtlichen und allgemeinen Beschwerden sind so prägnant, dass ich nach den in der hiesigen Poliklinik gesehenen Fällen und nach den von den Autoren übereinstimmend gegebenen Beschreibungen eine ätiologische Verschiedenheit nicht erschliessen kann. Diese Ursache ist auch hier weder anatomisch noch bakteriologisch bisher feststellbar gewesen, aber ich glaube mit den meisten Autoren aus den klinischen Wirkungen auf ihre spezifische Natur schliessen zu können. Es steht damit wohl nicht im Gegensatz, dass Neisser-Jadassohn sie anreihen an die Aetiologie rheumatoider Erkrankungen: wenigstens habe ich ihre bezügliche Angabe nicht derart deuten können, dass sie die idiopathische Natur des E. n. bestreiten.

Ganz anders steht es mit der Frage, ob das E. m. e. und das E. n. nur verschiedene Aeusserungen desselben Giftes, oder verschieden bedingte Krankheiten seien. In letzterem Sinne hatte sich Hebra ausgesprochen, und viele Autoren sind bis heute derselben Ansicht, so Jadassohn, Unna, Düring, Veiel, Janowski, Lesser u. a. Der berufenste Verteidiger der Lehren Hebras, Kaposi, tritt in diesem Punkte zugleich mit Lewin, Auspitz, Polotebnoff, Besnier, Brocq, Boeck, Joseph u. a. seinem grossen Vorgänger entgegen. Es ist ja nicht zu leugnen, dass in den meisten Fällen die beiden Exantheme gesondert auftreten: dass in der verschiedenen Lokalisation, in der ganz andersartigen Entwickelung der Flecken, Knötchen, Bläschen des einen und der unverrückbaren Knotenform des anderen, in der ungleichen Anteilnahme des Gesamtbefindens sehr wesentliche Unterscheidungs-

merkmale gegebrn sind. Aber nun kommen die nicht gerade häufigen, aber sicher beobachteten Fälle in betracht, in denen beide Exantheme zu gleicher Zeit dasselbe Individuum, ja bei Recidiven wieder in derselben Mischung befallen haben. Gegenüber dem naheliegenden Schluss, dass dasselbe Virus die gleichzeitigen, leicht unterscheidbaren Eruptionen hervorgerufen habe, sagt Lesser: „Kombinationen der beiden Erytheme kommen nur in Fällen vor, in denen dieselben als symptomatische Ausschläge, hervorgerufen durch eine andere Erkrankung, z. B. Syphilis, auftreten.“ Auch Jarisch warnt, bei der Beurteilung dieser Fälle sei grosse Vorsicht geboten, und es handle sich vor allem darum, zu unterscheiden, ob das vorliegende Leiden ein primäres und selbstständiges sei, oder ob es in die Kategorieen der sekundären toxischen und septischen Formen gehöre. Dem gegenüber kann ich versichern, dass der von mir beobachtete, eingangs geschilderte Fall von gleichzeitigem Vorkommen beider Ausschlagsformen an demselben Mädchen, wie analoge in der hiesigen Poliklinik beobachtete Fälle, frei von aller syphilitischer Infektion, wie von sonstiger Primärerkrankung waren, zu denen die Erytheme als sekundäre Symptome hätten hinzutreten können. Nimmt man eine einheitliche Ursache an, so ist freilich das gewöhnlich getrennte Auftreten nicht gut zu erklären. Ich habe schon mehrfach betonen müssen, dass die Bakteriologie uns bis heute im Stich lässt. Die anatomischen Untersuchungen von Unna, ferner von Jadassohn, Campana haben nichts pathognomonisches ergeben. Es handelt sich, wie Unna in seiner grossen Histopathologie der Hautkrankheiten anführt, im wesentlichen um entzündliche Erscheinungen, die bei dem E. m. e. vor allem im Papillarkörper ausgesprochen sind, aber auch die Epidermis nicht freilassen: Oedem, Gefässerweiterung, Proliferation der Endothelien, Emi-

gration von Leukocyten. Beim E. n. fand Unna nur geringe Alteration der Epidermis, die Kutis in toto ergriffen, das gesamte Gefässnetz erweitert und von dicht gedrängten Leukocyten und geschwellten, in mitotischer Teilung befindlichen Spindelzellen umgeben. Campana fand im Kutisgewebe Anhäufung von roten Blutkörperchen und von Hämatinschollen, die Unna vermisste. Dieser ist geneigt die Verfärbung auf die Hämoglobinzersetzung innerhalb der Blutgefässe zurückzuführen, in denen er vielfach die Leukocyten so gehäuft fand, dass sie wie weisse Thromben erschienen. Für das embolische Zustandekommen der Knoten, das Bohn aus dem klinischen Ansehen erschlossen hatte, ist ein anatomischer Nachweis nicht geführt worden. Ich will nur noch anführen, dass Lewin die Ausbildung von Knoten in der histologischen Beschaffenheit des Unterschenkels sucht, wo in dem weicheren, umfangreicheren Bindegewebe der grösseren Entwickelung des Exsudats nur geringe Hindernisse entgegentreten, ja wo dasselbe noch durch die hier verlangsamte Cirkulation begünstigt wird, während das straffere Bindegewebe der übrigen Körpergegenden ihr entgegenwirkt. Ich möchte aus der öfter gemachten Beobachtung des gleichzeitigen Auftretens beider Erytheme den Schluss ziehen, dass dieselbe Ursache sie hervorruft, und individuelle, nicht bekannte Unterschiede das Auftreten des einen oder des andern Exanthems bedingen. Von besonderer Bedeutung erscheint mir die Lösung der Frage nicht.

Aber sehr wichtig scheint mir ein anderer Streitpunkt zu sein, ob die vielfach gemeldeten Komplikationen, eine Endo- und Peri-carditis, Pleuritis, Pneumonie, Nephritis, Meningitis etc. in dem Verlauf eines genuinen E. m. e. oder E. n. auftreten können, oder ob man dann jedesmal das Erythem als sekundär aufzufassen habe. Schon aus äusserlichen Gründen ist

solche Entscheidung wichtig. Ich habe vorher angeführt, dass Kaposi, den ich immer als einen der bedeutendsten Dermatologen habe nennen hören, es manchmal für unmöglich erklärt, früh zu entscheiden, ob E. m. e. oder Urticaria vorliegt. Ist das E. m. e. den oben angeführten Komplikationen zugänglich, so ist in jedem Fall eine vorsichtige Prognose geboten, während die Urticaria wohl mancherlei Beschwerden, aber keinerlei Gefahren mit sich bringt. — Ich habe schon erwähnt, dass Lesser die Fälle von E. m. e., in denen intensive Fiebererscheinungen und schwere Erkrankungen innerer Organe, heftiger Durchfall, Lungen- und Brustfellentzündung beobachtet sind, oder gar die letal verlaufenden Fälle zu den akuten Infektionskrankheiten rechnet, in denen das Erythem nur als symptomatischer Ausschlag anzusehen sei, während er bezüglich des E. n. nur erwähnt, dass in sehr seltenen Fällen in seinem Gefolge Erkrankungen des Herzens, Endo- und Pericarditis beobachtet sind, die aber auch meist eine günstige Prognose gestatteten. Auch Kaposi sagt: „An Komplikationen und Folgen des E. m. e. allerdings vorwiegend des E. n., werden noch angeführt Endo- und Pericarditis, Meningitis, Klappenfehler, Pleuro- und Pneumonie und es ist in einer beträchtlichen Zahl (unter 70 von Lewin aus der Litteratur angeführten Fällen 10) unter solchen Komplikationen der Tod eingetreten. Offenbar hat in allen diesen Fällen das Erythem nicht die Bedeutung des wesentlichen Prozesses, sondern nur einer symptomatischen Erscheinung, wie auch viele Roseolen. Man kann deshalb auch nicht dem Erythem den unglücklichen Ausgang zuschreiben. Ich glaube darum auch die Aufstellung einer benignen und malignen Form des E. m. e. nach Lewin oder einer „ominösen" Form nach Uffelmann nicht befürworten zu sollen. Es genügt ja zu

wissen, dass in manchen Fällen vermöge des anderweitigen Leidens des Organismus, als dessen Reflexwirkung oder Symptom das Erythem erscheint, der Verlauf zwar nicht des Erythems, wohl aber der Gesamtkrankheit ein ungünstiger werden kann. In diesem Sinne sind die bezüglichen Todesfälle aufzufassen, die Dorth (1891) in seiner Inaugural-Dissertation ziemlich vollständig aus der Litteratur angeführt hat." — Aehnlich führt Joseph aus: „Oft treten Komplikationen hinzu, eine hämorrhagische Nephritis, Pleuritis, Endocarditis etc., resp. es kommt im Verlaufe aller dieser Erkrankungen zu dem Auftreten eines E. m. e. oder E. n." — Und Bruhns erwägt sehr, ob eine maligne Form des E. m. e. anzuerkennen sei, und ob bei schweren Komplikationen nicht die inneren Erkrankungen das primäre, das Erythem ein begleitender Prozess sei. Auch Besnier, der das Ergriffenwerden der serösen Häute für ein zwar regelloses, aber dem Erythem zuzuschreibendes Symptom hält, zweifelt, ob die schwereren Symptome von seiten der inneren Organe, besonders des Respirationstrakts, zum Erythem zugehörig, auf einer einheitlichen Infektion beruhten: sie kämen eigentlich auch nur bei Tuberkulösen und Emphysematikern vor. Endlich sagt auch Jarisch: „Im Gegensatz zu der von Hebra vertretenen Anschauung, dass das E. m. e. nur selten bedeutendere Zufälle oder Nachkrankheiten in seinem Gefolge habe, wurde von einer Reihe von Autoren, insbesondere von Lewin, über schwere Komplikationen und selbst tötlichen Verlauf berichtet, und jüngst teilte Osler 11 Fälle mit, die mit schweren gastrointestinalen Erscheinungen (Koliken, Erbrechen, Diarrhöen) verbunden waren. Akute Nephritis, Blutungen aus Darm und Harnapparat komplicierten mehrfach das schwere Krankheitsbild. Die Beziehungen dieser Erkrankungen,

welchen sich noch Herzaffektionen, Entzündungen der Lunge und der Pleura hinzugesellen können, zum E. m. e.-Hebra müssen aber in mehrfacher Beziehung bezweifelt werden, und es muss fraglich bleiben, ob sie nicht mit mehr Recht den septischen oder toxischen Erythemen zuzuzählen seien." — Von besonders reicher Erfahrung wusste Düring aus Konstantinopel zu berichten, der während zweier Jahre 105 Fälle von reinem, unkomplicierten E. m. e. beobachtet hat. Da er nur Bronchitis in einigen Fällen sich gleichzeitig entwickeln sah, ausserdem erhebliche Anämie als Nachkrankheit verzeichnete, so ist er nicht geneigt, schwere Komplikationen als zum Bilde des idiopathischen E. m. e. zugehörig zu betrachten. — Dem gegenüber sagen Neisser-Jadassohn sehr bestimmt: „Bei beiden Erkrankungen finden sich nicht selten Affektionen im Pharynx, Larynx, in den Bronchien, Bronchopneumonien, Pneumonien, Pleuritis, ferner Endocarditis mit zurückbleibenden Klappenfehlern, Störungen der Nierensekretion (Albuminurie, Hämaturie), Störungen im Digestionstrakt mit Koliken, Erbrechen und abnormem Ablauf des Darmmechanismus (Befund von excessiven Mengen Indol und Skatol, Aetherschwefelsäuren, Indikan im Urin). Die Regelmässigkeit, mit welcher in manchen Fällen diese Affektionen an den inneren Organen und den Gelenken die kutanen Eruptionen begleiten, rechtfertigt die Annahme, dass bisweilen gleichartige Krankheitszustände die Haut, wie die Schleimhaut, die inneren Organe und die Gelenke befallen, zugleich eine Stütze der Anschauung, dass es sich bei diesen Eruptionen um eine Krankheit des Gesamtorganismus handle, bei der die Haut nur eine unter vielen Lokalisationen darstellt." — Diese Auffassung entspricht der schon von Lasègue aufgestellten, dass die Endocarditis sowie die Pleuritis vielleicht bloss ein Erythem der

serösen Membranen darstellte und von denen der Haut nur durch das höhere Fieber unterschieden sei, indem Neisser-Jadassohn nur noch einheitlicher das Gesamtbild als durch dieselben Infektionserreger hervorgerufen zusammenfassen, das durch die verschiedene Schwere der Infektion und die verschiedene Konstitution der befallenen Individuen die mannigfaltigsten Modifikationen aufweisen kann. — Hier könnte man auch eine bisher anscheinend nicht beachtete Beobachtung von Hebra anführen, dass bei einer Patientin, die an einem Erythema gyratum mit Fieber erkrankte und starb, im Dünndarm ähnliche rote Kreise gefunden wurden. — Als eifrigster Fürsprecher für die Zugehörigkeit anderweitiger Komplikationen zu dem E. m. e. wird seit seiner Arbeit in den Charité-Annalen von 1878 allerorten Lewin angeführt. Er hält besonders beweisend für die Zusammengehörigkeit der kutanen und der tiefer gelegenen Krankheitsprodukte das von ihm beobachtete Phänomen, dass in einzelnen Fällen von Komplikationen des E. m. e. mit valvulärer Endocarditis gleichzeitig mit der Steigerung des Fiebers sich auch eine Acerbation der kardialen Erscheinungen einstellte. Aehnliche Beobachtungen habe auch Zuckhold verzeichnet: „Ungefähr drei Wochen nach völligem Ablauf der Krankheit traten die Erythemknoten mit erneuter Heftigkeit auf, und zugleich entstanden wiederum von neuem Erscheinungen der Endo- und Pericarditis."

Aus den obigen Citaten erhellt genügend, wie verschieden die hier besprochene Streitfrage von erfahrenen und angesehenen Dermatologen beantwortet wird. Fast alle geben zu, dass das E. n. hier und da von ernsteren Komplikationen begleitet wird. Nimmt man eine Zusammengehörigkeit beider Erytheme an, so wäre für alle diese Autoren auch jedes E. m. e. mit einiger Sorge zu beobachten. Am meisten fraglich erscheint

es, ob ein reines E. m. e. durch unvorhergesehenen Zutritt von Endocarditis u. s. w. sich ernstlicher gestalten könne. Ich habe oben angeführt, dass sein Verlauf fast immer ein gutartiger ist. Für jeden schwereren Verlauf wäre durch sorgsamste Beobachtung festzustellen, ob ein primäres Leiden nachweisbar, oder durch dessen sichere Ausschliessung die Diagnose des idiopathischen Erythems gesichert gewesen sei. Mit gütiger Erlaubnis des Herrn Geheimrat Lichtheim berichte ich über einen in der hiesigen Inneren Klinik beobachteten schwereren Fall, dessen Vorstellung ich beigewohnt habe.

Er betraf einen 21jährigen, vorher gesunden, aus gesunder Familie stammenden, kräftigen Arbeiter, der ganz akut mit Schüttelfrost, starker Hitze, Kopf-, Leib- und Kreuzschmerzen und häufigem Erbrechen erkrankt war und am nächsten Tage einen Ausschlag auf beiden Armen und dem rechten Unterschenkel bemerkt hatte, der nur als E. m. e. gedeutet werden konnte. Es waren flach-erhabene, bläulich-rote, erbsen- bis Fünfpfennigstückgrosse Efflorescenzen. Bei den meisten liess sich die blaurote Farbe durch Druck zum Verschwinden bringen, bei einzelnen zeigte sich in der Mitte eine dunklere Vertiefung, die auf Druck bestehen blieb. Die Efflorescenzen fanden sich vorwiegend an den Streckseiten und waren zum Teil schmerzhaft. Patient hat dann sechs Wochen lang an Schüben dieser Hauteruption gelitten, bei deren Ausbrüchen sich mehrfach Schüttelfrost und darauffolgendes Fieber wiederholten. Die Temperatur stieg während der 8 Anfälle, die sich immer nach der fieberfreien Intermission weniger Tage folgten, deren jeder mehrere Tage anhielt, über 40°, einmal sogar über 41°. Jedesmal mit Eintritt des Fiebers und dem neuen Ausbruch des Erythems zeigte sich starke Beteiligung

des Allgemeinbefindens. Patient machte durchaus den Eindruck eines schwer Erkrankten. Lange Zeit hindurch fand sich an Stelle des ersten Herztons systolisches Blasen, ohne dass Endo- oder Myocarditis erweislich gewesen wären. Bei allen Anfällen waren jedesmal wieder die Extremitäten befallen, meist besonders stark die Streckseiten, selten das Gesicht, der Rumpf, die Fussrücken. Trotz sorgsamster Beobachtung während der ganzen sechs Wochen, nach deren Ablauf Patient als völlig geheilt entlassen werden konnte, liess sich keine sonstige Erkrankung, kein primäres Leiden, als dessen Folge der Ausschlag hätte gedeutet werden können, nachweisen, während auf jeden Fall eine ernste Erkrankung vorlag, die also, wenn man sie dem Erythem zurechnet, den Uebergang zu den so vielfach gemeldeten schweren, ja tötlichen Fällen bilden würde.

Nach dieser Beobachtung bin ich geneigt anzunehmen, dass das E. m. e. auch unter dem Bilde einer schweren Infektionskrankheit auftreten kann, in deren Gefolge Komplikationen, wenn auch zum Glück nur selten, nicht ausgeschlossen sind.

Die Prognose beider Erytheme ist in den bisherigen Ausführungen so oft besprochen, dass ich darauf nicht zurückzukommen brauche.

Therapeutisch haben sich in der hiesigen Poliklinik wie auch anderwärts die Salicylpräparate am besten bewährt. Oertlich dürfte für die meisten Fälle die Anwendung kühlender Streupulver, bei grösseren Knoten auch Umschläge mit essigsaurer Thonerde u. ähnl. zu empfehlen sein.

Zum Schlusse meiner Arbeit gestatte ich mir, meinem lieben Onkel und hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Caspary, für die Anregung dieser Arbeit und für die jederzeit freundlichst geleistete Unterstützung bei der Anfertigung derselben, sowie Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. Lichtheim für das freundlichst zur Verfügung gestellte Krankenjournal meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Besnier, E., et Doyon, A. Pathologie et Traitement des Maladies de la Peau. Par M. Kaposi. Traduction avec Notes et Additons. Seconde édition francaise. Paris. G. Masson. 1891.

Bohn, H. Die Hautkrankheiten. In Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten.

Bruhns. Erythema multiforme und nodosum. Lesser. Encyclopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Leipzig. F. C. W. Vogel. 1900.

Caspary. J. Ueber Erythema multiforme exsudativum. Verhandlungen der deutschen Dermatologischen Gesellschaft. IV. Kongress. Wien-Leipzig. W. Braumüller, 1894.

Caspary, J. Ueber Erytheme. Manuscript für Leydens „Deutsche Klinik".

Düring, E. v. Beitrag zur Lehre von den polymorphen Erythemen. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. XXXV. Wien-Leipzig. W. Braumüller, 1896.

Eichhoff. Erythema multif. und nodos. Drasches Bibliothek Medicinischer Wissenschaften. Leipzig. K. Prochaska, 1900.

Hebra, F.-Kaposi, M. Lehrbuch der Hautkrankheiten. Virchows Handbuch der spec. Path. und Ther. Bd. III. Erlangen. F. Enke, 1874.

Heller, J. Ueber Erythema multif. exsudat. nach chemischer Reizung der Harnröhre. Deutsche Medicinische Wochenschrift XXVII No. XI. Leipzig, G. Thieme, 14. III. 1901.

Herxheimer, K. Discussion über Erythema exsudat. multif. Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, IV. Kongress. Wien-Leipzig. W. Braumüller, 1894.

Jadassohn, J. Erythema multif. exsudat. und nodos. Lubarsch-Ostertag: Ergebnisse Jahrg. IV. Wiesbaden. J. F. Bergmann, 1897.

Jarisch, A. Die Hautkrankheiten. Nothnagel. Spec. Path. und Ther. Bd. XXIV. Wien. A. Hölder. 1900.

Joseph, M. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. III. Aufl. Leipzig. G. Thieme, 1898.

Köbner. Berl. Klin. Wochenschrift 1877.

Köbner. Discussion über Arrznei-Exantheme. Verhandlungen des X. internationalen medizinischen Kongresses. Bd. IV. Abt. XIII. Berlin. 1890.

Kaposi, M. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. V. Aufl. Berlin-Wien. Urban u. Schwarzenberger, 1899.

Lesser, E. Lehrbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten. X. Aufl- Leipzig. F. C. W. Vogel, 1900.

Lewin. Erythema exsudat. multif. Charité-Annalen. Jahrg. III (1876). Berlin. A. Hirschwald, 1878.

Neisser, A.-Jadassohn, J. Die Hautkrankheiten. Ebstein-Schwalbe. Handbuch der praktischen Medizin. Stuttgart. F. Enke, 1901.

Polotebnoff. Zur Lehre von den Erythemen. Unna, Dermatologische Studien. Hamburg-Leipzig. L. Voss, 1887.

Unna, P. G. Die Histopathologie der Hautkrankheiten. Orth. Lehrbuch der spec. pathol. Anatomie. Berlin. A. Hirschwald, 1894.

Lebenslauf.

Am 24. October 1874 wurde ich, **Ferdinand Theodor Eduard Ernst Gauer,** *als Sohn des ev. Pfarrers Julius Gauer und seiner Frau Agnes, geb. Hecker, zu Hermannsruhe, Kreis Strasburg Westpr., geboren, habe meine Vorbildung zu Hause, in Königsberg i. Pr. auf dem Kgl. Wilhelmsgymnasium, in Thorn, und von Untertertia an in der Kgl. Landesschule Pforta in Thüringen erhalten, wo ich Ostern 1896 das Abiturientenexamen bestand. Ich studierte dann an der Albertus-Universität bis Michaelis 1900 Medizin, machte Ostern 1898 die ärztliche Vorprüfung und im Winter 1900/1901 das Staatsexamen, das ich am 5. März 1901 beendete. Das Examen rigorosum legte ich am 12. April 1901 ab.*

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

M. Askanazy, S. Askanazy, Baumgart, Braun, Caspary, v. Eiselsberg, v. Esmarch, Falkenheim, Francke, Gerber, Haendcke, Hallervorden, Hermann, Jaffe, Kuhnt, Lange, Leutert, Lichtheim, Lossen, Luerssen, Meschede, Münster, Neumann, Pape, Pfeiffer, Prutz, Rosinski, Samter, Seydel, Schreiber, Stetter†, Stieda, Winter, Zander.

Allen diesen meinen verehrten Lehrern spreche ich meinen wärmsten Dank aus.